

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur
Notificación de Aprobación del Pago de Servicios de Emergencia

FECHA: _____

PARA:

DE:

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor póngase en contacto con: _____
en _____.

Lea las afirmaciones al lado de cada casilla y marque con una X. Estas afirmaciones aplican a su caso.

Obtuvo aprobación de pago por parte de *Medicaid* del siguiente servicio de emergencia.

Proveedor: _____

Fecha del servicio: _____

Número de identificación de *Medicaid*: _____

Es importante que lleve esta carta al hospital y/o médico que lo trató durante la emergencia para que puedan pasar una cuenta de cobro.

***Únicamente tiene derecho al pago de este servicio.
Cualquier otro servicio debe recibir la aprobación del coordinador de su caso.***

Su solicitud fue rechazada porque:

Manual/póliza de referencia que sustentan esta acción:

(Copia de este material de referencia está disponible por solicitud del coordinador de su caso.)

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia correcta e imparcial ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Debe pasar su solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de esta carta. Debe enviar una copia de esta carta junto con su solicitud de audiencia. Esta información debe enviarse por correo al coordinador de su caso.